

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 1324

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

René EVIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

Né le 8 Mars 1913, à PONTIVY (Morbihan)

Contribution à l'étude
du
diagnostic des abcès du poumon
avant la vomique

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

1254

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

René EVIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Nantes

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

Né le 8 Mars 1913, à PONTIVY (Morbihan)

Contribution à l'étude
du
diagnostic des abcès du poumon
avant la vomique

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

Doyen. TIFFENEAU.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie.	ROUVIERE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL- LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.	LENORMANT.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale.	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.	

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HUGUENIN
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	LACOMME
DOGNON	Physique.	LANTUEJOUL ..
FRANCK	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	



MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.

MM.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 NEVEU-
 LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELIER
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547906_0022

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT ET D'EXTERNAT

A MON CAMARADE D'INTERNAT

DOCTEUR I. LE GOFF (*In Memoriam*)

A MA FEMME

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Médecin des Hôpitaux

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
de vouloir bien présider cette Thèse.
Nous lui exprimons notre respec-
tueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SEBILEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin des Hôpitaux

Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine

Qui nous a inspiré le sujet de cette
Thèse. Faible témoignage de grati-
tude pour les conseils qu'il a bien
voulu nous prodiguer et pour la très
grande bonté qu'il nous a toujours
témoignée à notre égard.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR B. BALLET

Chef du Laboratoire de Bactériologie

Professeur de Bactériologie

Dont les enseignements et les conseils nous furent précieux. En remerciement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NANTES

Stage :

MONSIEUR LE DOCTEUR H. LERAT

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de Clinique Chirurgicale (In Memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR A. PICHAT

Chirurgien des Hôpitaux, Professeur d'Anatomie

MONSIEUR LE DOCTEUR R. BUREAU

Chirurgien des Hôpitaux, Professeur de Pathologie externe

MONSIEUR LE DOCTEUR J. SEBILEAU

Médecin des Hôpitaux, Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE DOCTEUR R. PICARD

Médecin des Hôpitaux, Professeur de Pathologie interne

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR SEBILEAU

(Externat bénévole)

MONSIEUR LE DOCTEUR BIANCHI

Electro-Radiologiste des Hôpitaux, (In Memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTIER

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR POUMIER

Médecin du Sanatorium

MONSIEUR LE DOCTEUR G. BUREAU

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR Y. BUREAU

Médecin des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BOUILLIE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR M. GEORGES

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANOS

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR L. FILLIOL

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR TH. SEBALD

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR R. VINZENT

Chef du Laboratoire de Bactériologie

MONSIEUR LE DOCTEUR THOREL

Médecin des Hôpitaux

Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie

Contribution à l'étude du diagnostic des abcès du poumon avant la vomique

INTRODUCTION

Le 2 octobre 1939, entre, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans le service de M. le Docteur Sébilleau, une femme présentant un syndrome clinique à peu près typique de pneumonie lobaire aiguë franche. Cette malade est mise aussitôt au traitement habituel, traitement auquel on adjoint le Dagénan à doses décroissantes. Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore, mais on n'observe pas la crise typique. La température se stabilise au niveau de 38° le soir, l'expectoration muco-purulente, qui s'était installée dès les premiers jours persiste. Un examen des crachats est alors pratiqué : il montre, d'une part, l'absence de bacilles de Koch ; d'autre part, la présence d'une flore monomicrobienne très nette (en l'espèce, le pneumobacille de Friedlander). Simultanément, la malade subit un examen radioscopique des poumons : à l'écran, on découvre une ombre triangulaire à base interne de teinte homogène.

La malade est gardée en observation pendant quelques jours, au cours desquels on ne peut noter aucune modification de son état. Elle subit alors un second examen radiologique des poumons : on découvre, dans la plage gauche, à la partie moyenne, une image hydro-aérique typique.

Nous n'oublions, certes pas, l'aphorisme devenu classique de Bezançon : « Le crachat de pus est le maître symptôme de l'abcès » ; nous n'oublions pas non plus combien cette malade représente un cas exceptionnellement favorable au diagnostic : il est, en effet, assez rare d'observer une image radiologique aussi typique à la phase de formation des abcès pulmonaires.

Toutefois, il nous a paru intéressant d'essayer de grouper, à propos de cette observation, non pas des tests de certitude d'abcès pulmonaire en formation, mais des signes d'alarme permettant de suspecter l'abcès sous un syndrome clinique banal, partant, permettant de mettre en œuvre tous les moyens destinés à en faire la preuve, permettant surtout d'instituer une thérapeutique appropriée pour tenter de modifier dans un sens favorable l'évolution de cet abcès pulmonaire.

OBSERVATION

La malade, âgée de 45 ans, est envoyée à l'Hôtel-Dieu le 2 octobre, par le Docteur Thomas, pour congestion pleuro-pulmonaire. Cette malade, étant à son travail, a ressenti brusquement un point de côté violent au niveau de l'hémithorax gauche, point de côté s'accompagnant de douleur à l'inspiration profonde, et de frissons. Sa température était de 39° et devait se maintenir à ce niveau jusqu'à son entrée. Une toux sèche et pénible est apparue, ne s'accompagnant pas encore d'expectoration. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents personnels et collatéraux. La malade, de constitution assez robuste, n'accusait, avant le début de cette pneumopathie, aucun signe fonctionnel, aucune altération de l'état général.

A son entrée, la malade présente une température à 39°8, une toux fréquente ramenant une expectoration visqueuse et rouillée; la dyspnée est peu accusée, il n'y a aucune prostration.

L'examen de l'appareil respiratoire met en évidence une légère submatité de la base gauche, avec, en plein creux axillaire, une bouffée de râles crépitants. Aucun autre signe physique pulmonaire. Les bruits du cœur sont rapides, mais bien frappés. L'examen des autres appareils est négatif. On pratique un examen de crachats dont le résultat est : *absence de bacilles de Koch; présence de pneumobacilles de Friedlander en flore et en culture à peu près pure.*

On institue un traitement au Dagénan et la température décroît assez progressivement pour ne plus dépasser 38° le sixième jour. La malade est alors vue à la radioscopie : à l'écran, on note une ombre triangulaire à base interne caractéristique de ce que l'on croit être une pneumonie franche.

Mais la température se maintient dans les jours qui suivent aux environs de 38° le soir. L'expectoration persiste, muco-purulente, un peu moins visqueuse, mais toujours teintée. Un nouvel examen de crachats est pratiqué qui donne à nouveau : *absence de bacilles de Koch; persistance d'une flore à peu près pure de pneumobacilles de Friedlander.*

La malade est vue une seconde fois à la radioscopie : à l'écran, on a la surprise de constater une opacité assez étendue au tiers inférieur gauche avec niveau liquide nettement visible. Une radiographie pratiquée confirme cette image en décelant une cavité intra-parenchymateuse avec niveau liquide. On se trouve donc en présence d'une image hydro-aérique typique, caractéristique des abcès pulmonaires.

On institue un traitement par injections intra-veineuses quotidiennes d'alcool, en solution glucosée à 33 %. Cette malade est encore actuellement dans le service : grâce au traitement, on a obtenu une apyrexie à peu près complète. La malade semble être en bonne voie de guérison.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL CLINIQUE : ETUDE DES DIFFERENTS ABCES PULMONAIRES A LA PHASE DE FORMATION

On décrit, sous le terme générique d'abcès du poumon, toutes les suppurations circonscrites non tuberculeuses développées aux dépens du parenchyme pulmonaire. Leur description est dominée par un fait essentiel : l'extrême variété de leurs aspects cliniques.

Les abcès pulmonaires ont été catégorisés par différentes classifications. La plus commode est la classification faite d'après l'étiologie, d'après le germe en cause. On classe les abcès pulmonaires en deux grands types :

LES ABCÈS A PYOGÈNE : le germe en cause est le plus souvent aérobie, type : pneumocoque, entérocoque, streptocoque. La caractéristique de ces abcès réside surtout dans la prédominance d'un seul germe. Dans cette catégorie rentrent deux abcès d'un type particulier :

- l'abcès à pneumobacilles de Friedlander ;
- l'abcès amibien.

LES ABCÈS PUTRIDES : le processus est beaucoup plus complexe. Au point de vue bactériologique, deux caractères essentiels : d'une part, ce sont des anaérobies ; d'autre part, il y a un polymorphisme très marqué de la flore microbienne. L'étude de cette flore a été faite par différents auteurs (Varney, D.-T. Smith, Vinzent). Actuellement, on tend à démontrer l'identité des germes de la flore des suppurations fétides broncho-pulmonaires et des germes de la flore buccodentaire (Docteur I. Le Goff, *Thèse*, Paris, 1939).

Il est classique de décrire l'évolution des abcès pulmonaires en trois phases évoluant autour d'un épisode central qui est la vomique : phase de formation, phase d'ouverture (la vomique), phase de suppuration ouverte. Seule, la phase de formation retiendra notre attention.

LES ABCES A PYOGENE

A la phase de formation, le malade se présentera avec le tableau *d'une pneumopathie le plus souvent d'allure grave* :

- soit franche : type pneumonie ;
- soit bâtarde : type broncho-pneumonie ;
- soit fruste : type bronchite diffuse.

Les signes généraux sont assez sévères, mais pourtant relativement bien supportés : la température est élevée, le pouls rapide, les urines rares. Souvent, le malade présentera un faciès grippé, des sueurs profuses, signes traduisant une atteinte assez sérieuse.

Les signes fonctionnels attirent également l'attention : point de côté violent avec constriction thoracique, exacerbé par la toux ; toutefois, il peut être moins accusé et même manquer complètement. La toux est modérée, mais pénible ; elle finit au bout de quelques jours par ramener une expectoration visqueuse, rouillée, muco-purulente, sans autres caractères macroscopiques particuliers. La respiration est rapide et superficielle.

Les signes physiques sont essentiellement variables, allant de la simple obscurité respiratoire aux signes nets d'un foyer de condensation.

Exceptionnellement, l'auscultation décèlera un syndrome cavitare, avec matité, souffle et gargouillement.

Le plus souvent, l'examen clinique mettra en évidence les signes d'un foyer de condensation : matité, augmentation des vibrations transmises, souffle, râles sous-crépitants en couronne.

Quelques modes de début sont à bien connaître :

— Les abcès méta-pneumoniques : le malade présente, dans les premiers jours, tous les symptômes d'une pneumonie : grand frisson, avec température élevée autour de 40° , toux avec expectoration typique

de crachats jaunes roses très adhérents au vase. A l'examen, matité limitée soit à la base, soit au sommet, soit à la partie moyenne du poumon, avec augmentation des vibrations vocales transmises, souffle tubaire avec couronne de crépitants fins, égophonie, retentissement de la voix basse.

Au bout de quelques jours, la température baisse et tout semble faire croire à une guérison prochaine. Cependant, le malade reste fatigué et ne fait pas de crise urinaire. Puis, la température remonte et oscille autour de 38'-39°, et les signes physiques persistent jusqu'à l'apparition de la vomique.

Dans une autre forme, la maladie commence par un grand frisson suivi d'une forte température, d'un point de côté, d'une expectoration nulle ou purement muqueuse. Après un ou deux jours de cet état, les signes physiques apparaissent caractérisés par une matité plus ou moins étendue dans une des parties du poumon, une absence des vibrations thoraciques, un silence respiratoire qui peut être parfois accompagné de sous-crépitations. La fièvre prend une allure à grandes oscillations et au bout d'un certain temps apparaît la vomique.

— Faux syndrome pleurétique généralisé, matité de bois étendue à tout un hémithorax, diminution ou abolition des vibrations vocales transmises, diminution du murmure vésiculaire. Les ponctions exploratrices restent blanches.

— Syndrome pleurétique vrai : l'auscultation est complètement masquée ou simplement gênée par une lame liquidienne réactionnelle ; comme signes cliniques : matité de bois, diminution ou abolition des vibrations vocales transmises, diminution du murmure vésiculaire, mais la ponction exploratrice est positive. Nous verrons ultérieurement l'intérêt diagnostique de ces formes.

L'examen radiologique pratiqué à cette période montrera :

— exceptionnellement, un foyer net ; poche hydro-aérique nettement limitée, circulaire ou ovoïde à grand axe vertical, avec ombre dense inférieure, bulle claire supérieure, niveau horizontal plus ou moins mobile ;

— le plus souvent, un foyer opâque, mal limité, sans niveau.

LES ABCES PUTRIDES

L'abcès putride a une parenté étroite, d'une part, avec l'abcès à pyogène, dont il ne se distingue que par sa flore et par son évolution toujours très grave, sans tendance à la guérison spontanée, et, d'autre part, avec la gangrène pulmonaire dont on a dit qu'il était une forme localisée.

Dans l'abcès putride, la phase de formation s'oppose à celle de l'abcès à pyogène, en ce sens qu'elle est *insidieuse*. Le malade présentera un tableau cli-

nique de bronchite diffuse ou de congestion pulmonaire trainante.

Les signes fonctionnels sont au minimum : un peu de dyspnée, la toux est rare, pénible, ramenant une expectoration qui présentera rapidement un caractère capital : *la fétidité*. Notons encore *la fréquence des hémoptysies* comme signe de début. Ces hémoptysies ont des caractères bien spéciaux qui seront étudiés au chapitre suivant : elles ont une valeur diagnostique considérable.

Les signes généraux sont plus intenses : avant tout et surtout *altération extraordinairement rapide de l'état général*. La température est modérée, mais prend rapidement le type oscillant ; le malade est prostré ; il présente une asthénie progressive évoluant rapidement vers l'adynamie ; le faciès est terreux, le malade constamment couvert de sueurs froides.

Les signes cliniques sont eux aussi au minimum :

— tableau de bronchite diffuse : runcus, sibilances disséminées sur toute la hauteur d'un ou des deux poumons ;

— tableau de congestion pulmonaire banale : matité d'une base, bouffée de sous-crépitaux, souffle doux.

A cette période, les signes radiologiques sont les mêmes que pour les abcès à pyogènes : exceptionnellement, on trouvera un foyer net ; le plus souvent, on aura une grisaille diffuse, de teinte homogène, sans niveau liquide.

CHAPITRE II

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

Le court tableau clinique que nous avons exposé au chapitre précédent permet de se rendre compte de la très grosse difficulté que présentera l'établissement du diagnostic d'abcès pulmonaire à cette période. A de rares exceptions près, rien, dans l'aspect du malade, ne permet de penser à l'abcès pulmonaire d'emblée. Dans la majorité des cas, c'est l'évolution irrégulière de la pneumopathie qui attirera l'attention. La plupart du temps, il n'y aura pas de signes cliniques nets en faveur de l'abcès; il s'agira plutôt de nuances cliniques qui feront flairer le diagnostic erroné ou incomplet, qui feront surtout mettre en œuvre les examens complémentaires pour redresser le diagnostic: examens de laboratoire, radiologie.

Du point de vue clinique pur, à côté de certains cas particuliers, trois faits surtout permettront de se rendre compte qu'on se trouve en présence d'une pneumopathie anormale.

D'abord, *l'étude du tracé thermique*. La température attirera rapidement l'attention par ses caractères;

elle tend à prendre l'allure hectique caractéristique des suppurations : la température est irrégulière, présentant des clochers à 39°, 40°, et même au-dessus, avec rémissions matinales plus ou moins accentuées, sur un fond d'état fébrile, aux environs de 38° ou de 39°.

Ensuite, *la discordance manifeste entre l'évolution de l'état général et le pronostic généralement bénin que comportait le diagnostic initial*. Ce malade que nous aurons étiqueté de pneumonie, de congestion pulmonaire, voire même de simple bronchite, présentera assez rapidement une altération progressive mais nette de l'état général : amaigrissement, fonte musculaire, asthénie, prostration, sueurs froides, facies grippé ou terreux... tableau qui peut, certes, se voir au cours d'une pneumonie grave, mais qui n'est pas le fait d'une congestion pulmonaire banale et encore moins celui d'une simple bronchite.

Enfin, *la persistance des signes cliniques, l'aspect trainant de l'évolution* donneront surtout l'éveil : persistance des signes fonctionnels (toux, dyspnée), persistance des signes généraux (température surtout), persistance des signes physiques, feront suspecter au premier chef la tuberculose, souvent une suppuration pleurale ou pulmonaire. Un cas particulier intéressant est celui de la pneumonie lobaire aiguë franche, dont la défervescence ne se fera pas.

Il est d'autres cas particuliers qui attireront d'emblée le diagnostic de suppuration pulmonaire. Il s'agira alors d'abcès putrides qui trahissent plus précocement leur présence :

— soit par l'*hémoptysie* : cette hémoptysie présente des caractères spéciaux. Nous sommes loin de l'hémoptysie tuberculeuse de sang rouge aéré, spumeux ; il s'agit ici de sang noir non aéré, épais, visqueux, présentant un caractère capital : la *fétidité*.

— soit par la *fétidité de l'haleine* : cette fétidité de l'haleine est à rechercher minutieusement ; dans la règle, elle précède la fétidité de l'expectoration et la vomique ;

— très accessoirement par la déformation constante et très précoce des ongles suivant le type hippocratique.

Un dernier cas, mentionné par Loeper : l'apparition de crises d'asthme au cours d'une pneumopathie en évolution. Ces abcès asthmatiformes seraient dus, pour l'auteur, à la formation, au cours des suppurations broncho-pulmonaires, de bases aminées douées d'un pouvoir spasmogène et vaso-moteur.

Parmi tous les signes que nous venons de décrire, la plupart permettent de se rendre compte d'une insuffisance de diagnostic, aucun n'est assez précis pour imposer un diagnostic ferme. Il va donc falloir s'adresser au laboratoire et à la radio pour avoir d'autres éléments de diagnostic.

Le laboratoire pourra fournir un certain nombre de renseignements utiles :

- par l'examen bactériologique des crachats ;
- par l'examen cyto-bactériologique du liquide pleural ;

- par l'étude de la formule sanguine ;
- très accessoirement par l'hémo-culture.

Nous allons étudier successivement l'utilité de ces examens.

1° L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES CRACHATS est un temps important du diagnostic, à la condition de viser un double but :

- éliminer la tuberculose par la recherche, presque toujours négative en cas d'abcès du poumon, de bacilles de Koch ;
- étudier la flore microbienne. Même avant l'apparition de la vomique, l'étude de la flore a un gros intérêt, car elle permet souvent de retrouver le germe en cause.

En cas d'abcès à pyogène : l'expectoration sera monomicrobienne ou à prédominance monomicrobienne. Suivant le germe que cet examen permettra de retrouver, l'interprétation pourra être assez difficile. L'abcès amibien, par exemple, étant décrit parmi les abcès à pyogène, ne pourrait être suspecté que sur une flore stérile, ce qui est exceptionnel. Kourilsky, dans sa thèse, définit ainsi les résultats de l'examen de la flore des crachats :

« ... la constatation d'un germe unique a plus de valeur, mais c'est là qu'entre en jeu, dans les conclusions que l'on doit tirer, l'argument de la nature du germe.

« Si le germe est un pneumocoque, il est impos-

sible d'en tirer un argument étiologique sérieux, tant la constatation de celui-ci est banale.

« Si le germe est un streptocoque, l'argument devient beaucoup plus important...

« ...si le germe est un pneumobacille (mais le cas est rare), l'argument devient absolu, ce germe étant exclusif, même dans les crachats ».

En cas d'abcès putride, l'examen de la flore microbienne, à condition d'être fait suivant une technique spéciale, a une grosse valeur diagnostique. Cette technique d'examen a été définie dans la thèse du Docteur Le Goff. Cet auteur, après avoir démontré l'identité des flores bucco-dentaires, d'une part, broncho-pulmonaires fétides d'autre part, écrit :

« Le diagnostic d'une suppuration fétide broncho-pulmonaire peut être fait précocement au laboratoire dans certaines conditions. Des précautions préalables sont indispensables : l'examen doit être fait sur des crachats fraîchement recueillis dans des récipients stériles, après brossage des dents et lavage de la bouche...

« ...il existe un caractère constant de l'expectoration signalé par Varney, D.-T. Smith, puis Vinzent, c'est la présence de granulations molles à bords réguliers, de teinte variant du blanc crémeux au gris brunâtre, de dimensions avoisinant celles d'une tête d'épingle, mais pouvant être beaucoup plus volumineuses ou extrêmement ténues. On les recherche dans le mucus, mais aussi dans l'épaisseur même du crachat que l'on

dissocie en couches minces dans une boîte de Pétri et sur fond noir. La séparation des granulations du reste de l'expectoration n'est pas toujours aisée ; on utilise une spatule ou une pipette. C'est dans ces granulations que la recherche de la flore putride se fait le plus facilement. Elles sont déposées entre lame et lamelle dans une goutte de sérum physiologique, écrasées par pression et examinées à l'ultra-microscope. On constate : qu'il s'agit d'amas purement bactériens, formés en général par un feutrage de filaments de leptothrix entre les mailles desquelles vibrons et spirochètes tourbillonnent en tous sens... » (Vinzent)... Le même auteur a vérifié l'origine pulmonaire des granulations ».

2° L'EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DU LIQUIDE PLEURAL : s'il existe une réaction pleurale liquidienne, l'examen du culot de centrifugation montrera l'existence d'une réaction puriforme aseptique : proportion notable de polynucléaires non altérés, à contours nets ; pas de germe à l'examen direct ni à la culture.

Kourilsky est d'un avis différent pour certains de ces épanchements tout au moins : « Si la ponction retire de la sérosité pleurale provenant d'un épanchement liquide réactionnel, il ne faut pas compter formellement sur la culture de cet exsudat pour résoudre le problème bactériologique ; car, souvent, au cours des pneumopathies aiguës, ces exsudats, quoique développés en pleine phase aiguë, sont stériles... lorsque cette réaction exsudative se produit au cours de foyers

streptococciques, il est très fréquent de retrouver dans l'exsudat le streptocoque par culture ».

3° L'EXAMEN DE LA FORMULE SANGUINE : En dehors des auteurs de l'école américaine qui en ont fait une pratique systématique, cet examen sera rarement pratiqué. Il est pourtant susceptible de fournir des renseignements intéressants. Cet examen montrerait le plus souvent une forte leucocytose de 20.000 à 60.000 éléments blancs par mm³. L'augmentation des éléments blancs porte surtout sur les polynucléaires neutrophiles (80 à 97 %). Ce signe a été décrit comme caractéristique et beaucoup d'auteurs y ont attaché une grosse importance. À signaler que cette leucocytose tombe à des taux sub-normaux au moment de l'apparition de la vomique. Kourilsky, dans ses conclusions, n'admet la valeur de ce signe que sous certaines réserves :

« On ne peut considérer la leucocytose élevée comme un signe de suppuration dans le cas particulier des affections pulmonaires aiguës. Une étude très étendue faite par nous-même sur plusieurs centaines d'affections respiratoires aiguës simples nous a montré que l'on pouvait obtenir des taux analogues dans certaines pneumonies, dans certaines congestions pulmonaires, grippales, sans que l'état général soit inquiétant, et sans qu'aucun abcès se développe.

Tant que les chiffres restent compris entre 20 et 30.000, on ne peut soupçonner la suppuration.

Les chiffres compris entre 30.000 et 50.000 don-

nent au contraire le droit d'y penser tout en se rappelant que des leucocytoses analogues peuvent se produire dans des cas rares de pneumopathies élevées. *En définitive, il faut exiger des chiffres plus élevés que pour la moyenne des suppurations viscérales ».*

4° L'HÉMOCULTURE : faite à l'acmé des clochers fébriles ou au moment des frissons, elle peut exceptionnellement permettre de retirer un germe. Mais cette hémoculture sera très rarement positive en dehors :

— de certains aigus mortels ;

— de certains cas, où l'abcès pulmonaire n'est qu'un épiphénomène au cours d'un état septico-pyohémique déjà diagnostiqué antérieurement.

L'hémoculture n'est pratiquement d'aucune utilité dans le diagnostic des abcès pulmonaires.

C'est à dessein que nous n'avons pas traité, dans ce chapitre, des renseignements que pouvait donner le laboratoire sur le pus ou sur la sérosité pulmonaire qu'on peut retirer par la *ponction précoce*. Il est extrêmement rare que la ponction exploratrice permette de retirer du pus à cette période et les observations dans ce sens ne sont pas nombreuses. On ne réussira habituellement qu'à aspirer de la sérosité provenant de l'hépatisation, sérosité qui, le plus souvent, ne cultivera pas.

De plus, il est admis qu'on ne peut et qu'on ne doit faire la ponction que lorsqu'on a affaire à un abcès bien repéré radiologiquement. Il n'est, en effet, pas sans danger de faire des ponctions à l'aveuglette

en parenchyme sain. Il y a, en outre, le risque d'infection et de fistulisation du trajet, surtout en cas d'abcès putride.

Le laboratoire n'est pas le seul auquel le clinicien puisse emprunter des arguments pour l'élaboration de son diagnostic : il reste la radiologie, qui, en pathologie pulmonaire, a pris un rôle de tout premier plan. L'examen radiologique de ces malades est indispensable ; on en tirera souvent des renseignements de premier ordre. Cet examen mettra en évidence :

— assez rarement une image typique ; poche hydro-aérique typique, dont les caractères sont devenus classiques : nettement limitée, circulaire ou ovoïde à grand axe vertical, ombre dense inférieure, bulle claire supérieure, niveau horizontal plus ou moins mobile. Encore y aura-t-il des difficultés d'interprétation suivant que l'abcès est juxta-scissural ou non, suivant l'intensité de la réaction de voisinage (Bezançon). D'où l'intérêt et la nécessité de faire varier les incidences.

— souvent une image atypique : poche hydro-aérique noyée dans une ombre étendue, à limites indéfinies. Dans ce cas, certaines images auront encore une grosse valeur : simple niveau liquide perdu dans la grisaille, image cavitaire volumineuse et bien limitée...

— enfin, il arrivera qu'on n'observe aucune image de ce genre ; il y aura seulement une grisaille diffuse « en nuages de fumée » ou une simple grisaille nettement limitée. Seul, le *lipiodol-diagnostic* pourrait donner des résultats intéressants. L'abcès, non ouvert dans

les bronches à cette période, ne peut pas s'injecter. Sur le cliché, on obtiendrait donc une large zone opaque non infiltrée, toutes les bronchioles étant injectées autour de cette zone. Malheureusement, le lipiodol-diagnostic sera rarement pratiqué à cette période. La pratique de la radiographie pulmonaire plan par plan (tomographie) serait également susceptible de donner des résultats intéressants.

En résumé, les éléments du diagnostic à cette période seront les suivants :

- dans certains cas particuliers favorables (certains abcès putrides) :
 - fétidité précoce de l'haleine ;
 - hémoptysie de type spécial ;
- dans les cas habituels :
 - certains signes cliniques tirés de :
 - l'étude du tracé thermique ;
 - l'évolution de l'état général ;
 - la persistance de la pneumopathie dans le temps ;
 - certains signes de laboratoire tirés de :
 - l'examen bactériologique des crachats ;
 - l'examen de la formule sanguine ;
 - l'examen cyto-bactériologique du liquide pleural quand il existe ;
 - enfin, quelquefois, des signes radiologiques nets.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les abcès pulmonaires constituent un chapitre qui occupe, surtout depuis ces dernières années, une place de plus en plus importante en pathologie pulmonaire. Leur diagnostic, même en période de suppuration ouverte, est assez délicat ; à plus forte raison sera-t-il difficile d'en faire le diagnostic à la phase de formation. En pratique, l'abcès du poumon peut, à cette phase, emprunter la symptomatologie de presque toutes les affections décrites en pathologie pulmonaire ; ce sont donc autant de diagnostics qu'il faudra éliminer.

La bronchite aiguë, la congestion pulmonaire, seront des diagnostics qui s'avèreront très vite insuffisants : l'évolution de l'état général, l'allure trainante de l'affection, suffiront le plus souvent à faire suspecter au moins la tuberculose, donc à faire mettre en œuvre les examens de laboratoire et la radiologie qui auront tôt fait de redresser le diagnostic. Une mention spéciale pour la congestion pleuro-pulmonaire type Potain : le diagnostic sera rendu très difficile du fait de la présence de la lame liquidienne pleurale ; c'est

surtout l'évolution clinique qui permettra d'éliminer l'abcès du poumon.

La pneumonie sera aussi un diagnostic différentiel facile : on se trouvera en présence d'une pneumopathie de type pneumonique, mais qui ne fera ni sa défervescence, ni sa double crise sudorale et urinaire ; on sera également vite amené à faire pratiquer les examens nécessaires.

La pleurésie séro-fibrineuse, la pleurésie purulente de la grande cavité sont des diagnostics différentiels qui se poseront en présence d'un abcès camouflé sous un épanchement pleural réactionnel : on éliminera assez facilement la première sur l'absence d'antécédents, l'absence de phases d'imprégnation, la polynucléose ; la seconde sera plus difficile : en principe, pour la pleurésie purulente, l'examen direct du culot de centrifugation ou, en tout cas, la culture, permet de mettre en évidence le ou les germes en cause ; pour l'épanchement réactionnel, on se trouve en présence d'une réaction puriforme aseptique qui ne cultive pas, à de rares exceptions près. Un diagnostic très difficile sera celui de pleurésie purulente enkystée : toutefois, la relative facilité avec laquelle la ponction pourra ramener du pus permettra d'éliminer la majorité des abcès (il est impossible de faire un diagnostic différentiel clinique avec les abcès de la corticalité).

Les pneumopathies bacillaires, en général, et la pneumonie caséuse en particulier, seront très facilement éliminées par les examens bactériologiques de

crachats en série. La spléno-pneumonie de Grancher est un diagnostic difficile qui pourra se faire néanmoins toujours par les bacilloscopies en série, mais aussi sur quelques nuances cliniques : température beaucoup plus élevée, beaucoup plus irrégulière, altération extrêmement rapide de l'état général.

Il existe, en outre, deux diagnostics différentiels d'une extrême difficulté. Ce sont d'abord les pleurésies interlobaires. La question a été étudiée par beaucoup d'auteurs, en particulier par Kourilsky. Pour cet auteur, les pleurésies interlobaires constituent un diagnostic d'exception. Les abcès du poumon auraient été trop longtemps confondus avec les pleurésies interlobaires qui sont très rares : « Chaque fois que nous avons constaté l'existence d'un foyer de condensation excavé ou non, barrant transversalement un hémithorax, nous avons discuté le diagnostic de pleurésie interlobaire ; *chaque fois que nous avons pu avoir une confirmation chirurgicale ou nécropsique, il s'agissait d'une suppuration pulmonaire* ».

Leur image radiologique est radicalement différente de celle de suppuration pulmonaire. Il s'agit toujours de grandes obscurités diffuses sur une moitié de l'hémithorax, se limitant ensuite à un fuseau très opaque dessinant de bout en bout en transverse le trajet de la scissure et remplissant *le critérium radiologique indispensable : contraction linéaire de la bande opaque lorsqu'on élève l'ampoule*.

La pleurésie interlobaire est très rare ; la suppura-

tion pulmonaire est la règle ; le diagnostic différentiel entre ces deux affections doit pratiquement disparaître (Kourilsky).

Viennent ensuite les bronchectasies. Ce diagnostic est le plus difficile de tous. L'intrication de la bronchectasie suppurée et de l'abcès pulmonaire est la cause de toutes les difficultés diagnostiques. Cette intrication est telle qu'il a fallu pour les classer créer certains néologismes, d'ailleurs bien définis par Sergeant, néologismes qui constituent une preuve flagrante de l'étroite parenté qui relie ces deux affections.

L'interrogatoire en cas de bronchectasie suppurée simple non intriquée mettra en évidence le long passé de bronchite chronique du malade. Les différents examens de laboratoire montreront l'absence de bacilles de Koch, l'absence de fibres élastiques, la présence d'une flore mixte (le plus souvent flore putride avec spirochètes). Il n'y a pas grand'chose à espérer de la formule sanguine, rien de la ponction exploratrice. Seul le lipiodol-diagnostic sera décisif en montrant les images classiques (doigt de gant, grappe de raisin...). Toutefois, il faudra se souvenir qu'un malade porteur de bronchectasies peut parfaitement bien être porteur également d'un abcès pulmonaire. Dans ce cas, ou bien la bronchectasie est la cause déterminante de cet abcès, ou bien elle est secondaire à ce même abcès. Dans la pratique, le résultat de ce diagnostic différentiel sera de peu d'importance puis-

que les traitements de ces deux affections ont beaucoup de points communs.

Nous citerons pour mémoire — et pour en avoir nous-même observé un cas — un diagnostic d'exception : la forme médiastinale isolée de la Maladie de Hodgkins. Cette malade que nous avons observée à l'Hospice Général du Havre, dans le service de M. le Docteur Sébald, présentait un tableau clinique de pneumopathie aiguë avec signes généraux et signes fonctionnels intenses : toux, dyspnée, expectoration rouillée muco-purulente, température à grandes oscillations. A l'auscultation : souffle tubaire de la partie moyenne du poumon droit. Les examens de crachats pratiqués en série donnaient : absence de bacilles de Koch, flore sans caractère particulier. L'examen du sang montrait une leucocytose modérée (12.000) avec polynucléose neutrophile (90 %) sans éosinophilie. A la radio, grisaille diffuse du lobe moyen sur la plage droite.

Le diagnostic restait hésitant entre abcès pulmonaire, pneumonie caséeuse et même cancer du poumon. L'apparition ultérieure d'adénopathies vint redresser le diagnostic, la biopsie ayant permis de retrouver des cellules de Sternberg.

Il existe d'autres diagnostics différentiels d'exception : ce sont toutes les suppurations des cavités pré-existantes (kystes congénitaux, kystes hydatiques,

kystes hématiques, cancers pulmonaires excavés). Le plus souvent la suppuration s'installe tardivement, c'est-à-dire à une époque où le malade aura déjà été amené à consulter pour des troubles divers et où la radiographie aura permis de faire le diagnostic de la lésion initiale.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Dans le court exposé qui précède, nous nous sommes efforcé de démontrer :

— d'une part, la relative facilité du diagnostic différentiel qui, hormis les diagnostics d'exception, n'est arrêté que par deux affections : l'une, la pleurésie interlobaire dont l'extrême rareté semble actuellement démontrée ; l'autre, la bronchectasie suppurée qui offre une telle parenté avec les abcès pulmonaires que la confusion sera possible sans avoir pourtant de conséquences fâcheuses puisque les thérapeutiques de ces deux affections sont très voisines ;

— d'autre part, la possibilité de mettre en évidence un certain nombre de signes d'alarme et même quelques tests biologiques indiscutables permettant de soupçonner, voire même d'affirmer l'abcès pulmonaire en formation ; nous avons résumé ces signes de la façon suivante :

- dans certains cas particuliers favorables (certains abcès putrides) :
 - fétidité précoce de l'haleine ;
 - hémoptysie de type spécial.

- dans les cas habituels :
 - certains signes cliniques tirés de :
 - l'étude du tracé thermique ;
 - l'évolution de l'état général ;
 - la persistance de la pneumopathie dans le temps ;
 - certains signes laboratoires tirés de :
 - l'examen bactériologique des crachats ;
 - l'examen de la formule sanguine ;
 - l'examen cyto-bactériologique du liquide pleural quand il existe ;
 - enfin, quelquefois, des signes radiologiques nets

Il nous faut, pour être complet, passer en revue les différents signes que nous avons décrits.

Une remarque s'impose de prime abord. La mise en œuvre de tous les examens dont nous avons fait mention nécessite l'idée préconçue d'un diagnostic de suppuration pulmonaire. Cette idée préconçue, c'est la clinique qui la fournira par tous les signes que nous avons décrits et qui sont à proprement parler plus des nuances cliniques que des signes pathognomoniques. En fait, le diagnostic précoce des abcès du poumon, fait ériger en règle *qu'il faut suspecter l'abcès du poumon devant toute pneumopathie batarde, devant toute pneumopathie qui n'évolue pas conformément à la règle*. Ce principe est d'autant plus justifié que la majorité des auteurs admettent la plus grande fréquence des abcès pulmonaires.

En second lieu, l'étude critique de tous ces signes montre, qu'en dehors de la présence de signes radiologiques nets et indiscutables, bien peu ont une valeur propre s'ils sont isolés.

Les nuances cliniques que nous avons signalées reposent toutes sur l'évolution, à l'exception des signes donnés par le tracé thermique. Elles sont par conséquent critiquables en ce sens que si elles imposent l'idée d'un diagnostic erroné, elles n'imposent pas un diagnostic précis. Il nous a paru néanmoins intéressant de les noter car c'est grâce à elles que l'on fera appel et au laboratoire et à la radio pour préciser un diagnostic devenu hésitant.

L'examen de la flore, microbienne de l'expectoration, surtout dans les abcès à pyogène, se montrera inconstant dans ses données. Il ne sera pas indiscutable quant à l'interprétation de ses résultats. Il pourra également y avoir des causes d'erreur, surtout par stagnation bronchique où il peut se développer une flore différente de celle de l'abcès. De plus, on pourra avoir des résultats d'importance minime : une flore monomicrobienne à pneumocoques est banale et ne peut permettre aucune conclusion ; une flore à peu près stérile peut se trouver chez un malade porteur d'abcès (abcès amibien en particulier).

L'examen n'aura de valeur que dans l'une des trois éventualités suivantes :

- flore monocicrobienne à streptocoques : grosse présomption en faveur de l'abcès

- flore monomicrobienne à pneumobacilles : valeur absolue (abcès limité ou pneumonie disséquante).
- flore polymicrobienne avec spirochètes à l'ultra : valeur absolue (suppuration fétide).

L'examen du liquide pleural réactionnel aura également une certaine valeur : l'existence d'une réaction puriforme aseptique ne laisse en effet que deux diagnostics possibles (pleurésie purulente ou abcès pulmonaire). En cas d'abcès la question se posera d'autant mieux que la culture aura permis de retrouver le germe en cause (cas de l'abcès à streptocoques) : le diagnostic ne sera rendu possible que par la radiologie.

L'examen de la formule sanguine, enfin, n'apportera que des renseignements sans valeur s'ils sont isolés. Nous avons déjà signalé les conclusions de Kourilsky à ce sujet : la leucocytose n'a de valeur que si on exige des taux très élevés (au-dessus de 30.000). Encore faut-il se souvenir que de tels taux peuvent se rencontrer au cours de pneumopathies aiguës banales non abcédantes.

Enfin, les signes radiologiques seront d'interprétation difficile et n'auront pas toujours une valeur diagnostique des plus nettes. Seuls le lipiodol-diagnostic et accessoirement la tomographie pourront fournir des signes de valeur. Malheureusement, on ne pratiquera pour ainsi dire jamais à cette époque ni l'une ni l'autre de ces méthodes

En définitive, nous constatons qu'il nous est im-

possible de fournir pour la majorité des cas un test de certitude d'abcès pulmonaire en formation. Chacun des signes que nous avons donnés n'a pas ou pour ainsi dire pas de valeur propre et ne prend toute sa signification que si les autres résultats concordent. Nous devons donc conclure qu'à cette phase *il ne faut faire état du résultat des examens que l'on aura pratiqués qu'en contrôlant ces résultats en les confrontant entre eux.*

Enfin, il nous faut reconnaître qu'à l'encontre des cas heureux où la clinique associée aux différents moyens d'investigation permettra de faire un diagnostic précoce, il y aura toute une catégorie d'abcès qui échapperont à ces différentes recherches. Ce sont tout d'abord les abcès à forme suraiguë ou aiguë, à vomique précoce (4°-5° jour) ; ensuite, les différents abcès à symptomatologie atypique, les abcès amibiens, les abcès évoluant à bas bruit avec conservation d'un excellent état général, les abcès radiologiquement invisibles même à la période d'état... Pour ces différentes formes d'abcès, le diagnostic ne sera possible qu'au moment de la vomique, si elle est massive, ou même ne sera possible qu'à la période de suppuration ouverte confirmée, si la vomique est discrète.

CONCLUSIONS

I. — Le seul signe clinique pathognomonique des abcès du poumon est sans conteste la vomique.

II. — Mais avant que ce signe n'apparaisse plus ou moins tardivement, il existe, suivant les formes sous lesquelles se présentent les abcès du poumon, des symptômes qui peuvent non pas conduire à un diagnostic de certitude, mais tout au moins à un diagnostic de probabilité.

III. — Ces signes sont :

a) des signes cliniques tirés soit de l'étude du tracé thermique, soit de l'évolution de l'état général, soit de la prolongation de la pneumopathie dans le temps ;

b) des signes de laboratoire tirés soit de l'examen de la flore microbienne de l'expectoration, soit de l'examen de la formule sanguine, soit de l'examen cyto-bactériologique du liquide pleural quand il existe ;

c) des signes radiologiques.

IV. — La plupart des affections du poumon et de la plèvre peuvent être confondues avec les abcès du poumon avant le stade de la vomique. Parmi ces

affections, celles qui prêtent le plus à confusion sont . les bronchectasies suppurées, la pleurésie interlobaire dont l'extrême rareté semble actuellement démontrée, les pleurésie enkystées, la spléno-pneumonie de Grancher, la congestion pleuro-pulmonaire type Potain.

V. — Le diagnostic précoce de l'abcès du poulmon nous paraît d'autant plus important à poser qu'actuellement nous disposons de moyens thérapeutiques efficaces qui peuvent enrayer sa marche et entraîner sa guérison avant de recourir au traitement chirurgical.

Vu
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BEZANÇON et ETCHEGOIN. — L'identification des spirochètes bronchiques. (*B. A. M.*, 1927, 10, 294.)
- Bactériologie de la gangrène pulmonaire. (*B. A. M.*, 1936, 34, 330.)
- CAHUZAC, FABRE et LASSERRE (J.). — Abscès du poumon et lipiodol. (*In Toulouse Médical*, N° 18, 15 septembre 1936.)
- DELAMARE (M.-G.). — L'identification des spirochètes bronchiques. (*B. A. M.*, 1926, 20, 473.)
- DURAND (H.). — Les éléments de diagnostic apportés par le laboratoire dans le diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires. (*J. M. Fr.*, 1933, 11, 369.)
- FOURESTIER (M.). — Le diagnostic de localisation des abcès du poumon. (*Rev. Méd. Fr.*, N° 4, avril 1938, 279.)
- HUGONOT et DELAYE. — Les abcès du poumon. (*Ar. M. et Phar. Mil.*, 1932, 3, 762.)
- ISELIN (M.). — Les abcès du poumon dissimulés sous un épanchement pleural. (*J. M. Fr.*, 1933, 11, 389.)
- KOURILSKY (R.). — Les abcès du poumon. (*Thèse*, Paris, 1927.)
- Diagnostic des suppurations pulmonaires collectées et diffuses. (*J. M. Fr.*, 1933, 11, 363.)
- LE GOFF (I.). — Essai de vaccinothérapie anti-putride dans les suppurations fétides broncho-pulmonaires. (*Thèse*, Paris, 1939.)

- LETULLE (R.). — Les micro- organismes des abcès du poumon. (*Pr. Méd.*, 1938, 97, 1770.)
- LOEPER (M.), LEMAIRE (A.) et SOULIÉ (P.). — L'exploration transthoracique des abcès du poumon. (*Sté Méd. Hôp.*, 4, 3, 32.)
- LOEPER (M.) et PERRAULT. — Les bases aminées des suppurations pulmonaires et leur action spasmogène et vaso-motrice. (*Pr. Méd.*, 25, 1, 39.)
- RAMOND (L.). — Suppuration chronique des voies respiratoires. (*Pr. Méd.*, 23 juin 1934.)
- SERGEANT et BORDET. — Les abcès du poumon d'origine bucco-pharyngée. (*B. A. M.*, 1926, 23, 563.)
- SERGEANT. — Abcès bronchiectasants et bronchiectasies abcédées. (*R. M. Fr.*, janv. 1930.)
- Bronchiectasies abcédées, abcès bronchiectasants et abcès bronchiectasiques. (*Pr. Méd.*, fév. 1932.)
 - Bases fondamentales de l'étude clinique et thérapeutique des suppurations broncho-pulmonaires. (*J. M. Fr.*, 1933, 11, 359.)
- VINZENT et LEHMANS. — Contribution à l'étude de la flore anaérobie de la bouche. (*R. de S.*, 1936, 3.)
- VINZENT. — Le diagnostic bactériologique des suppurations fétides broncho-pulmonaires. (*Pr. Méd.*, 1937, 13, 276.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



